



ANS - n°41745-9

ANS - n° 33.305-1

Objeto

Este aditivo tem por finalidade informar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, o prazo de carência, contado a partir do início de vigência contratual, durante o qual o beneficiário não terá acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na Proposta de Adesão, observados os **planos escolhidos** e as **faixas etárias**. Os prazos das carências reduzidas indicados no Aditivo de Redução de Carência são válidos apenas na contratação dos produtos:

Linha de Produto / ANS

Essencial Enfermaria Sem Coparticipação 496.867/23-1
Regional Enfermaria Sem Coparticipação 467.416/12-2
Regional Apartamento Sem Coparticipação 467.400/12-6

Essencial Enfermaria Com Coparticipação 496.866/23-2
Regional Enfermaria Com Coparticipação 467.401/12-4
Regional Apartamento Com Coparticipação 467.409/12-0

Dos novos prazos para carência

Para início da utilização dos serviços contratados, os beneficiários deverão cumprir os prazos de carência, conforme descrito abaixo:

Grupo de Benefícios	CARÊNCIA CONTRATUAL 3890	Redução por operadora congênere (de 6 a 12 meses de contrato) 3891	Redução por operadora congênere (acima de 12 meses de contrato) 3892
A Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas
B Consultas Eletivas	30 dias	Isento	Isento
C Exames básicos	30 dias	Isento	Isento
D Fisioterapias (por sessão)	90 dias	30 dias	Isento
E Exames Especiais	180 dias	60 dias	30 dias
F Procedimentos Ambulatoriais Básicos	30 dias	30 dias	Isento
G Procedimentos Ambulatoriais Especiais	180 dias	60 dias	30 dias
H Terapias (por sessão)	180 dias	180 dias	180 dias
I Internações Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas	180 dias	150 dias	120 dias
J Internações Psiquiátricas, inclusive em decorrência de dependência química	180 dias	180 dias	180 dias
K Parto a Termo	300 dias	300 dias	300 dias
L Cobertura Parcial Temporária para Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade relacionados com a Doença ou Lesão Preexistente	24 meses	24 meses	24 meses



ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E DOS PRAZOS PARA
INÍCIO DA COBERTURA DE DOENÇAS PREEXISTENTES
CONTRATOS - COLETIVO POR ADESÃO



ANS - n°41745-9

ANS - n° 33.305-1

- 3890** Carência Contratual
-
- 3891** Redução de carências por operadora congênera (de 6 a 12 meses de contrato)
-
- 3892** Redução de carências por operadora congênera (acima de 12 meses de contrato)
-

Folha 2/2

Congêneres Participantes

Todas as Seguradoras e/ou Operadoras e devidamente regulamentadas pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Documentação Obrigatória

Serão exigidas cópias dos seguintes documentos para que ocorra análise de redução das carências mensuradas na tabela acima:

- a) 3 (três) últimos boletos da Operadora anterior quitados não podendo ultrapassar 60 (sessenta) dias da data de vencimento do último boleto pago; e
- b) Cópia do cartão ou da proposta de adesão da operadora anterior (obrigatória data de início no cartão) ou;
- c) Carta de permanência original da operadora anterior contendo todos os dados do contrato anterior como data de início do contrato, nome dos beneficiários, data do último pagamento e data de exclusão/cancelamento (este documento substitui os documentos citados na letra "a" e "b" acima).

Informações Importantes

A redução de carências somente será aplicada para as vidas que se enquadrem nos requisitos comerciais estabelecidos, devidamente comprovados no momento da venda, não ocorrendo compra de carências para as vidas posteriormente incluídas em rotina de movimentação cadastral. Caso haja o não aceite da redução de carências por parte da Unimed Guarulhos, deverá a Administradora de Benefícios estipulante comprovadamente informar o beneficiário sobre essa condição.

Termo de Responsabilidade

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas Normas para Promoções de Vendas e Tabelas de Vendas que me foram apresentadas e que este termo aditivo somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da Unimed Guarulhos. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas nesta proposta e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais.

Local e data: _____

Nº da proposta contratual: _____

Nome do titular / responsável: _____

CPF: _____

Nome do corretor: _____ Código: _____

CPF: _____

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável